

**ACCUEIL DE LOISIRS « LES PETITS LOUPS »**  
**LA ROQUETTE SUR SIAGNE**

**Renseignements concernant l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....  
Né (e) : ..... Lieu de naissance : .....  
Sexe : Féminin  Masculin  Nationalité : .....  
Adresse : .....  
.....  
Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I) :  oui (photocopie à fournir)  non  
(Si enfant atteint d'une maladie chronique, allergie ou intolérance alimentaire)

**Renseignements familiaux**

**Représentant légal 1**    Père     Mère     Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Employeur : ..... Tél. : .....

**Représentant légal 2**    Père     Mère     Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Employeur : ..... Tél. : .....

**Situation familiale actuelle**

**Situation de famille :** Marié  Concubinage  Séparé  Divorcé  Pacsé  Célibataire  Veuf(ve)   
**Qui exerce l'autorité parentale :** Le père/la mère  Le père  La mère  Tuteur   
Garde alternée : oui  non   
Nombre d'enfants à charge : ..... Composition de la famille : .....

**Régime allocataire dont dépend l'enfant**

N° allocataire CAF : .....  
J'autorise le Service Jeunesse à consulter mon Quotient Familial sur le site CAFPRO :    oui     non   
Autre régime allocataire :  MSA     Autre (à préciser) : .....     Aucun

**ACCUEIL DE LOISIRS « LES PETITS LOUPS »  
LA ROQUETTE SUR SIAGNE**

**Personnes à prévenir en cas d'accident ou autorisées à récupérer l'enfant**

Nom, prénom	Lien de parenté	Téléphone	portable	Je l'autorise	
				A être prévenu en cas accident	A récupérer mon enfant
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Droit à l'image**

J'autorise l'ALSH Les Petits Loups à prendre et publier les photos ou vidéos de mon enfant sur la presse locale et sur les supports de communication de la ville, affiches, expositions...

Oui    Non

La présente autorisation est consentie durant toutes les périodes de vacances.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, ainsi que sur la fiche sanitaire de liaison et en cas d'urgence, accident ou maladie, j'autorise le directeur de l'ALSH à prendre toutes les dispositions nécessaires.

Nom du médecin traitant..... Tel. : .....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur.

La Roquette sur Siagne, le : .....

Signatures du père

signature de la mère

signature du tuteur légal  
le cas échéant

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT

### VACCINATIONS *(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I) : OUI  NON

Si oui, date de l'établissement du P.A.I : ..... (joindre une copie avec certificat)

**ALLERGIES :** ASTHMES OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  Autres \_\_\_\_\_

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

### RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Tél \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature :

## Pièces à fournir à l'inscription de votre enfant

### \*Pour une première inscription

- Les fiches de renseignements, autorisations et sanitaire de liaison remplies
- Livret de famille
- Carnet de santé (photocopie des vaccins uniquement)
- Attestation d'assurance au nom de l'enfant
- Copie du jugement si garde alternée ou divorce
- Justificatif de domicile de moins de trois mois
- Notification CAF avec quotient familial ou dernier avis d'imposition sur les revenus pour les non allocataires CAF
- Certificat de scolarité pour les enfants de petite section hors commune
- Copie d'un P.A.I. si problèmes allergies ou autre

### \*Pour une réinscription

- Les fiches de renseignements, autorisations et sanitaire de liaison remplies
- Carnet de santé si des rappels ont été effectués (photocopie des vaccins uniquement)
- Attestation d'assurance au nom de l'enfant
- Justificatif de domicile de moins de trois mois
- Notification CAF avec quotient familial ou dernier avis d'imposition sur les revenus pour les non allocataires CAF
- Copie du P.A.I. si problèmes allergies ou autre

**Les inscriptions se font par mail ou par téléphone auprès de Magali Amitrano, directrice de l'ALSH les petits loups :**

-Mail : [lesoliviers@laroquettesursiagne.com](mailto:lesoliviers@laroquettesursiagne.com)

-Tel : **04.93.49.25.61** tous les Lundis, Mardis, Jeudis et Vendredis de 11h à 18h.

-Tel : **04.92.19.45.18** les mercredis de 11h à 16h.